

NOUVEAU MODE OPÉRATOIRE

N° 57.

POUR L'AMPUTATION DU BRAS

DANS L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE,

SUIVI

DE DEUX PROPOSITIONS CHIRURGICALES, AVEC INDICATION D'UNE
MÉTHODE EXPLORATRICE POUR ÉCLAIRER LE DIAGNOSTIC DES
AFFECTIONS DU TESTICULE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 30 mars 1831, pour obtenir le grade de Docteur en
chirurgie;*

PAR M. CH. LESSERÉ, de Bassou, canton de Joigny,

Département de l'Yonne;

DOCTEUR EN MÉDECINE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	ORFILA.
Chimie médicale.....	PELLETAN.
Physique médicale.....	DEYEUX, <i>Examinateur.</i>
Histoire naturelle médicale.....	DES GENETTES.
Pharmacologie	MARJOLIN.
Hygiène.....	ROUX.
Pathologie chirurgicale.....	DUMÉRIL, <i>Examinateur.</i>
Pathologie médicale.....	ANDRAL.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	MOREAU, <i>Suppléant.</i>
Clinique médicale.....	LEROUX, <i>Examinateur.</i>
	FOUQUIER.
	CHOMEL.
Clinique chirurgicale.....	BOYER.
	DUBOIS.
	DUPUYTREN, <i>Président.</i>
Clinique d'accouchemens.....	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
BAUDELLOCQUE.	DUBLED.
BAYLE.	DUBOIS.
BERARD.	GERDY.
BLANDIN.	GIBERT.
BOUILLAUD.	HATIN.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
CLOQUET.	ROCHOUX.
COTTEREAU, <i>Examinateur.</i>	SANDRAS.
DANCE, <i>Examinateur.</i>	TROUSSEAU.
DEVERGIE, <i>Suppléant.</i>	VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

HOMMAGE

A MES MEILLEURS AMIS,

MONSIEUR LE DOCTEUR BARDIN,

MONSIEUR PIERRE-CHARLES CARLIER,

A MON FRÈRE ANTOINE.

M. CH. LESSERÉ.

7°. Des plumasseaux , bourdonnets et tampons , faits avec de la charpie. Les tampons doivent être enveloppés de taffetas agglutinatif.

8°. Quelques compresses longues ; une bande de six aunes au plus ; des linges fins, fenêtrés et non fenêtrés, enduits de cérat ; des éponges fines , de l'eau chaude, et un réchaud plein de feu pour faire chauffer les bandelettes agglutinatives.

Deux aides sont rigoureusement indispensables : la compression et le retrait de la peau sont confiés au premier ; au second , la présentation des divers instrumens, les instrumens de ligature des vaisseaux les pinces de pansement.

MODE OPÉRATOIRE.

Le malade , assis sur un fauteuil dont les bras doivent être courts et le dossier bas , est enveloppé d'une alèse glissée sur le tronc à peu de distance , et autour de l'aisselle du membre à opérer ; cette alèse est nouée sur l'épaule du côté opposé.

Un aide , placé derrière le fauteuil , passe une de ses mains , la droite, si le chirurgien doit opérer à gauche, devant le cou du malade. S'il en est ainsi , l'aide la place dans le creux *susclaviculaire* gauche , et comprime avec les doigts ou la pelotte à manche , de haut en bas et de dehors en dedans , l'artère *sous-clavière* contre la première côte , tandis que de sa main gauche il opère sur le cou le retrait de la peau qui recouvre le moignon de l'épaule du côté gauche. Si l'opération doit être faite à droite , la position de l'aide est la même ; seulement il comprime l'artère *sous-clavière* droite avec les doigts de la main gauche , et fait le retrait de la peau sur le cou avec la main droite , sans rien négliger des principes précédemment indiqués pour exercer la compression.

Placé en dehors du membre *thoracique gauche*, que son propre poids tient sur les côtés du tronc , le chirurgien prend avec sa main gauche le bras à poignée et par sa partie moyenne ; puis il invite le malade à pencher la tête sur l'épaule opposée à celle sur laquelle il doit

porter l'instrument tranchant. L'opérateur, ayant la main droite armée d'un fort bistouri ou d'un petit couteau à amputation, ponctue la peau jusqu'à l'os, à quinze lignes en arrière du sommet de l'acromion. De là, il dirige obliquement la première incision en avant du bord postérieur de l'aisselle, en passant sur le côté externe de la saillie qui résulte des bords inférieur et antérieur de l'acromion. (Voy. fig. 1.) Dans son trajet elle divise la peau, les fibres charnues postérieures du deltoïde, celles de l'extrémité supérieure de la portion externe du triceps brachial, et pénètre jusqu'à l'os.

Pour faire la deuxième incision, le chirurgien ambidextre quitte le bistouri, qu'il tenait à la main droite, et embrasse aussitôt avec elle le bras malade à sa partie moyenne, le porte légèrement en dehors, arme sa main gauche du bistouri ou du couteau, commence la seconde incision au point d'origine de la première; passe sur le bord supérieur ou cervical de cet apophyse, immédiatement au-dessus de l'extrémité scapulaire de la clavicule, et à deux ou trois lignes de sa réunion avec l'acromion (Voy. fig. 1, n°. 6), la prolonge en lui donnant une direction légèrement oblique, à la face antérieure et interne du moignon jusqu'au niveau du bord antérieur de l'aisselle (Voy. fig. 1, n°. 6), en la faisant pénétrer, comme la première, jusqu'à l'os; dans ce court trajet elle a divisé les fibres charnues internes du deltoïde et les plus externes du grand pectoral. Si l'opérateur n'est pas ambidextre, il commence la deuxième incision au niveau du bord antérieur de l'aisselle, pour la conduire au point de départ de la première incision.

Le chirurgien alors, à l'aide de pinces, ou avec le pouce et l'index de la main gauche, saisit l'extrémité supérieure du lambeau triangulaire formé seulement par la peau et comprise entre les deux incisions. le détache jusqu'au-dessous du bord antérieur de l'acromion; arrivé là, il coupe les fibres charnues moyennes ou antérieures du deltoïde, qui s'y attachent, et continue rapidement à renverser ce lambeau en bas jusqu'à la terminaison des deux incisions obliques.

Le chirurgien porte aussitôt le bras dans la rotation de dedans en dehors, dans celle inverse, puis en avant, pour détendre la capsule,

qu'il incise du côté interne au côté externe, ainsi que les tendons des muscles qui s'insèrent aux deux tubérosités de l'humérus; il luxe la tête de cet os en haut et en dehors, glisse obliquement le couteau en bas sur la longue portion ou portion scapulaire du triceps-brachial, les vaisseaux et nerf circonflexes sur l'insertion des muscles grand pectoral sur les faisceaux charnus du biceps et coraco-brachial, sur le grand rond et grand dorsal, sur les vaisseaux et nerfs axillaires, et termine l'extirpation de manière à réunir les deux incisions premières. (*Voy. fig. 2*). Si la compression de l'artère sous-clavière n'est point exercée, le chirurgien peut faire saisir l'artère axillaire par un aide, qui comprimera les parties molles correspondantes. L'opérateur procède immédiatement à la ligature de l'artère principale et à la torsion des branches.

Les modifications à employer pour pratiquer l'amputation du bras droit sont simples : le chirurgien prend le bras à sa partie moyenne avec la main qui correspond de nom à ce côté, arme sa main gauche du couteau à amputation et fait l'incision oblique, externe et postérieure, prend le bras du malade avec sa main gauche, munit sa droite du couteau, et fait une incision oblique sur la face antérieure et interne du moignon : le reste de même que pour le côté gauche.

Le bras est extirpé, mais l'opération ne se borne pas là ; l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule complètement dépourvues des fibres charnues du deltoïde, le chirurgien en fait la résection. Pour y parvenir promptement et sûrement, l'opérateur, placé à gauche et un peu en arrière du tronc du malade, arme sa main droite d'une scie à lame étroite; de la gauche, il prend, à l'aide du pouce en dessus, et des deux premiers doigts en dessous, l'acromion de manière à ne scier de cette apophyse et de l'extrémité externe de la clavicule que ce qui excède le niveau du bord de la cavité glénoïde du scapulum, pour y parvenir, il donne le trait de scie de haut en bas et un peu d'avant en arrière.

On aperçoit facilement les modifications exigées pour la résection des mêmes parties au côté droit. Si le chirurgien est ambidextre, il se place comme pour le côté gauche, seulement c'est la main droite qui soutient l'acromion et la gauche qui manie la scie; s'il n'est point ambidextre, il se place de manière à voir en sens opposé à l'amputé, d'où il résulte que le côté droit de son corps correspond à celui du malade; l'opérateur saisit l'acromion de la main gauche, la scie de la main droite, et la dirige avec précaution de haut en bas et d'arrière en avant.

Le chirurgien, avant de procéder au pansement, voulant obtenir plus sûrement la *réunion immédiate*, ou par *première intention*, enlève légèrement, avec une *feuille de sauge* (instrument de chirurgie vétérinaire), le cartilage d'incrustation de la cavité glénoïde du *scapulum* ainsi que son bourrelet fibro-cartilagineux; puis, faisant relâcher la peau du moignon qui a été rétractée; l'opérateur commence son pansement en rapprochant les deux lèvres de la plaie, suivant le grand diamètre de l'ovale qu'elle représente, *comme dans la méthode préconisée par GUTHRIE et par M. SCOUTETTEN*, et les maintient réunies soit par quelques points de suture, soit à l'aide de bandelettes agglutinatives, et termine le pansement, si simple et si facile, qu'il devient inutile d'en parler davantage.

Ce nouveau mode opératoire de l'amputation du bras dans l'articulation *scapulo-humérale* avec résection de l'*apophyse acromion* et de l'extrémité articulaire externe de la clavicule, nous semble posséder quelques avantages que nous allons indiquer rapidement. C'est ce motif seul qui nous a engagé à présenter cette courte dissertation.

1°. Cette manière d'opérer donne le contact immédiat des parties osseuses et charnues entr'elles sans aucune pression; la facilité avec laquelle on affronte les bords de la plaie dérobe les os et les chairs au funeste contact de l'air. (*Voy. fig. 2 et 3.*)

2°. La plaie à moins d'étendue que celle faite par les autres procédés. (Voy. fig. 2.) Il en résulte que la cicatrisation doit se faire plus sûrement et plus promptement, et que les circonstances sont plus favorables pour obtenir la *réunion immédiate*. (Voy. fig. 3.)

3°. Ce nouveau mode opératoire peut être employé dans le plus grand nombre des affections qui nécessitent l'amputation du bras dans l'article.

4°. En admettant qu'on ne veuille pas ou qu'on ne doive pas tordre l'artère principale, le fil qui aura servi à la lier ne sera point un obstacle à la *réunion immédiate*, puisqu'il se trouve tout à fait à la commissure inférieure de la plaie. (Voy. fig. 2 et 3.)

5°. Le pansement est facile et simple.

6°. Le sommet de triangle de la plaie a son siège sur une partie dépourvue de chairs, de troncs vasculaires et nerveux, conditions nécessaires aux amputations ovalaires.

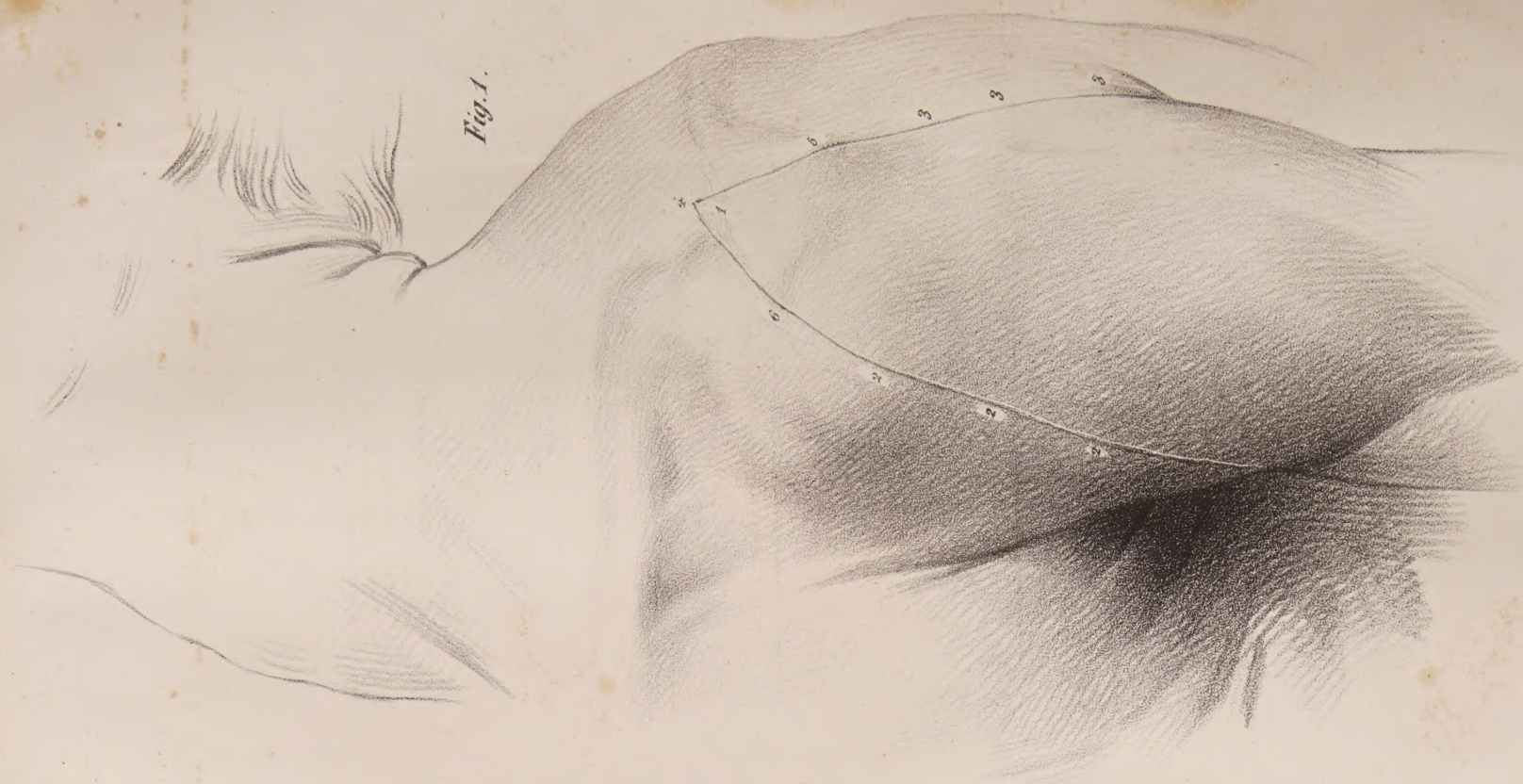


Fig. 1.
Angle supérieur de la plaie
1. Angle inférieur de la plaie
2. Leveur interne
3. Leveur externe
4. Sommet de l'acromion
5. Angle inférieur de l'acromion
6. Angle supérieur ou cervical de l'acromion.

Fig. 3. (Plaie fermée)

N^{os} Fig. 3.
1. Ligne représentant la
réunion des lèvres de
la plaie.
2. Bandes agglutinatives
3. Extrémité du fil
qui a servi à lier
l'Artère principale.

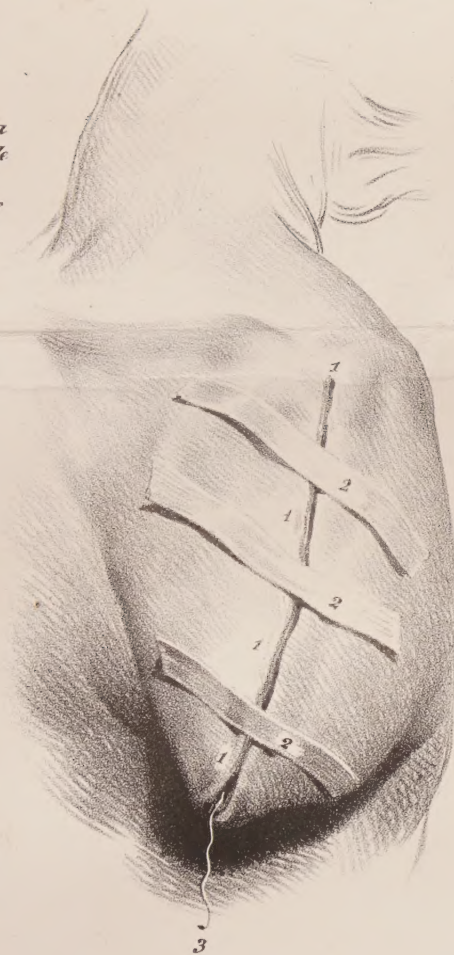
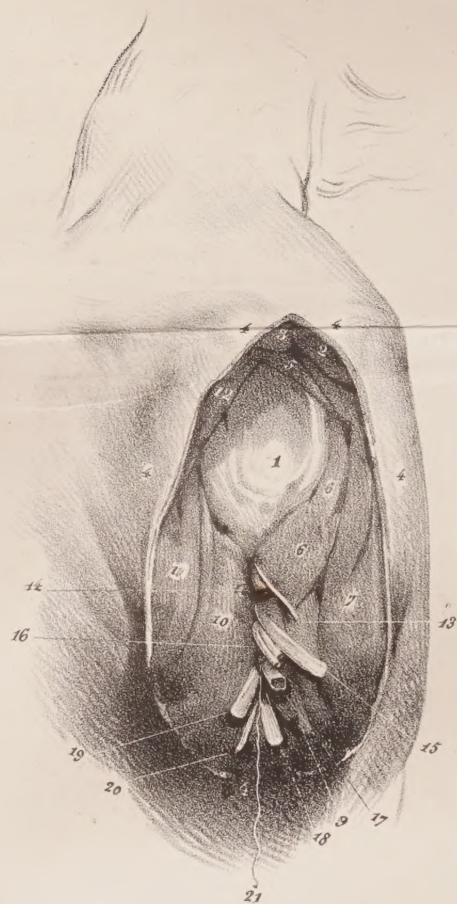


Fig. 2. (Plaie ouverte)

N^{os} Fig. 2.
1. Cavité glénoïde de l'omoplate.
2. Apophyse acromion réséquée
3. Extrémité réséquée de la clavicule.
4. Peau.
5. Muscle sus-épineux.
6. Muscles sous-épineux et petit rond.
7. Portion postérieure du Deltioïde.
8. Longue portion du triceps brachial.
9. Portions brachiales du grand dorsal
et du grand rond.
10. Faisceaux du biceps réunis au
Coraco-brachial.
11. Portion externe du grand pectoral.
12. Portion interne du Deltioïde.
13. Nervef circonflexe.
14. Artère circonflexe.
15. Nervef médian.
16. Vaisseaux veineux
17. Artère brachiale.
18. Nervef radial.
19. Nervef cubital.
20. Nervef cutané interne.
21. Fil qui a servi à lier l'artère
principale.



PROPOSITIONS.

I^{re}. Les altérations qui peuvent survenir soit dans la substance du testicule, soit dans les matières épanchées à la surface ou dans l'intérieur des enveloppes, rendent souvent le diagnostic des maladies de cet organe difficile, en annulant plusieurs phénomènes qui caractérisent ses affections simples.

II^e. Le diagnostic devient surtout obscur quand plusieurs des altérations énoncées dans la proposition ci-dessus existent en même temps; cependant en mettant en pratique le procédé employé chez le sujet qui fait l'objet de l'observation curieuse qui suit, on parviendra à reconnaître le siège et la nature de l'affection.

Le nommé Pierre Legrand, âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution en apparence assez forte, mais d'un tempérament lymphatique, affecté d'un *hydro-sarcocèle* du côté droit, entre le 5 décembre 1830 à l'Hôtel-Dieu de Paris, et couche au n^o. 39 de la salle Sainte-Agnès.

Les renseignemens donnés par le malade ont fait savoir qu'il avait toujours mené une vie très-active, qu'il avait eu *six blennorrhagies*, des *ulcérations sur le gland*, etc., que le dernier écoulement datait de neuf ans. Dans toutes ces circonstances le malade avait suivi un traitement complet.

Legrand s'aperçut, il y a six ans, que son testicule droit était plus

gros que le gauche : il n'y ressentait aucune douleur ; mais y éprouvait seulement des tiraillemens dans le trajet du cordon après une longue marche , ou une station prolongée , et surtout le soir. Dès cette époque il consulta M. *Dupuytren* , qui lui conseilla des applications de sangsues , des bains , des cataplasmes. Son testicule étant revenu à son volume ordinaire , il lui fut recommandé de porter un suspensoire.

La guérison se soutint cinq ans ; au bout de ce temps son testicule s'engorgeant de nouveau , Legrand crut qu'il suffirait de reprendre son suspensoire , qu'il avait quitté ; malgré cette précaution , prise huit mois , le mal continua à faire des progrès. Il se décida donc à aller retrouver M. *Dupuytren* , qui lui prescrivit le premier traitement. (*Sangsues , bains , cataplasmes émolliens.*)

A cette époque , des personnes dont il avait , dit-il , à se plaindre , le firent enfermer à Bicêtre pour cause d'aliénation mentale. Là , révolté de l'idée qu'on l'avait pris pour un fou , il ne songea plus à sa maladie et ne pensait qu'à prouver que sa tête était saine. Cependant son premier emportement passé , il profita de son séjour à Bicêtre pour faire soigner son testicule. Il fut soumis au traitement que M. *Dupuytren* lui avait ordonné ; mais ce fut sans succès qu'il le suivit , même pendant long-temps. Enfin le malade étant devenu libre se décida , le 4 décembre dernier , à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il n'a rien d'extravagant ; cependant il montre un esprit faible et quelque chose d'exalté. Vu pour la première fois le 5 , à la visite du matin , le malade se trouvait dans l'état suivant : le testicule droit avait huit à dix fois le volume du gauche ; il est peu lourd pour son volume ; égal à sa surface et sans bosselure , dur dans la plus grande partie de son étendue , mais il présente dans quelques points de la fluctuation , surtout en arrière. La tumeur , vue entre l'œil et la lumière , n'est point transparente ; le malade n'y ressent aucune douleur , aucun élan-
cement ; la peau est intacte et libre ; le cordon est parfaitement sain.

De quelle nature est l'affection dont ce malade est atteint ?

Legrand a eu plusieurs écoulemens , qui lui sont tombés dans les

bourses ; son testicule est dur , mais il est loin de présenter partout la consistance du sarcocèle ; d'ailleurs , il est égal à sa surface , sans bosselures : le malade n'y ressent aucune douleur , aucun élancement. Serait-ce un engorgement pur et simple ? La tumeur , certainement , n'est pas toute solide ; elle est trop légère pour son volume. Et ces points où l'on sent une fluctuation évidente : y aurait-il là épanchement de sérosité dans la cavité de la tunique vaginale , ou une collection de pus dans le testicule ? S'il y avait du pus , le malade aurait souffert lors de la formation , tandis qu'il n'a jamais éprouvé de douleurs dans cette partie. En outre , depuis le temps que le mal existe , le pus aurait amené d'autres altérations , en se portant au dehors. Mais si c'est une hydrocèle de la tunique vaginale , pourquoi la tumeur n'est-elle pas transparente ? C'est qu'il pourrait y avoir hydrocèle avec opacité du liquide ou de la tunique vaginale , comme il arrive quelquefois dans les hydrocèles anciennes , et c'est le cas de cet homme ; et puis l'hydrocèle n'est peut-être pas la seule maladie dont ce malade est affecté : son testicule peut être malade en même temps.

Quel parti prendre ? Si cet homme est affecté d'une hydrocèle , la ponction doit être pratiquée ; mais si le testicule est squirrheux , la ponction , loin de guérir , ne fera qu'accélérer la marche du mal. Dans ce cas il est une excellente méthode , employée par M. Dupuytren : elle consiste à inciser la peau et toutes les parties , jusqu'à la tunique vaginale ; ouverte , s'il y a de la sérosité épanchée dans sa cavité elle s'écoule , et l'on peut alors apprécier le volume et l'état du testicule. Si celui-ci est sain , le malade en est quitte pour une incision ; comme dans la *méthode dite par incision* , la plaie est remplie de charpie , qui , par sa présence , détermine l'inflammation , la suppuration et l'adhérence de la tunique : le malade conserve son testicule. Si celui-ci est malade , il doit être enlevé ; et , dans ce cas , le malade n'a pas reçu un coup de bistouri de plus que si la maladie avait été de prime-abord jugée de nature squirrheuse. Ce parti doit donc être proposé au malade , comme le plus avantageux pour lui.

Legrand, homme d'un esprit faible et craintif, lorsqu'on lui offrit ces moyens de guérison, consentit à supporter le premier temps de l'opération, qui avait pour but de le débarrasser de l'hydrocèle; mais ne voulut jamais consentir à ce qu'on lui enlevât son testicule, s'il était malade : douze jours se passèrent sans obtenir son approbation. Enfin le 17, à la visite, il se décida à supporter l'opération qui serait convenable : profitant de cette heureuse disposition, et craignant que le malade ne fût pas aussi-bien disposé un autre jour, M. Dupuytren lui promit de l'opérer de suite.

La partie ayant été rasée, le malade est conduit à l'amphithéâtre, où il est placé sur un lit et tenu par des aides. Le chirurgien, placé au côté droit du malade, incise la peau dans toute la longueur de la tumeur, puis plonge le bistouri dans la tunique vaginale; trois ou quatre onces d'une sérosité citrine s'écoulent en jet au dehors; alors il est possible d'apprécier le volume et l'état du testicule : il se trouve dur, insensible, six fois plus gros que celui du côté opposé. L'opérateur plonge la pointe du bistouri dans la substance même du testicule, à environ deux ou trois lignes de profondeur; il n'en sort qu'un sang noir : dès-lors M. Dupuytren se décide à l'enlever. L'incision faite à la peau est prolongée en haut jusqu'à un demi-pouce environ au-dessus de l'anneau inguinal, et en bas jusqu'à la partie la plus inférieure de la tumeur; le testicule est disséqué et séparé de la peau, le cordon qui est sain est isolé; alors l'opérateur le saisit avec le *tenaculum* de Bell, en fait la section avec des ciseaux, pendant qu'un aide soutient la tumeur, et le testicule est enlevé. Les vaisseaux du cordon sont liés séparément. Quelques petites artères donnent du sang à la face de la plaie faite aux bourses; elles sont liées; toutes les ligatures sont placées dans l'angle supérieur de la plaie, les lèvres en sont rapprochées et maintenues réunies par un point de suture, qui a l'avantage d'empêcher les bords de la plaie de se renverser, renversement qui a l'inconvénient de nuire à la cicatrisation.

Le malade a été plus courageux qu'on ne s'y attendait. Nettoyé du sang qui couvrait ses cuisses, il est reporté dans un lit chauffé à l'a-

vance, et pansé une demi-heure après l'opération. Pendant ce laps de temps la plaie ne rendit qu'un léger suintement de sang.

Un linge fenêtré, enduit de cérat, est appliqué sur la plaie, et par-dessus de la charpie, des compresses, et enfin un bandage en forme de suspensoir. Il est recommandé à l'élève chargé du pansement de placer des rouleaux de charpie entre les cuisses et le scrotum, pour tenir rapproché le fond de la plaie. (*Prescription* : diète, boissons délayantes.)

Examen du testicule.

La tunique vaginale est épaissie, adhérente au testicule dans plusieurs points. Quant au testicule, il est dur, et présente six fois le volume de celui qui est resté. Cet organe, fendu par le milieu, présente une transformation de sa substance en une matière dure, blanchâtre, comme fibreuse : au milieu de cette substance se trouvent trois noyaux d'une matière jaunâtre, pultacée, à moitié solide, semblable à la matière tuberculeuse et du volume d'une noix chacun. cette altération est plutôt scrophuleuse que de nature squirrheuse.

Le malade se trouve donc débarrassé d'un testicule qui ne pouvait plus lui être utile, et qui aurait pu dégénérer en cancer.

Maintenant, il est évident que ce malade était atteint d'une double affection. D'une part, il y avait hydrocèle, *épanchement de sérosité dans la tunique vaginale* ; mais cette affection n'était pas la maladie primitive ni principale, elle était l'effet, la conséquence d'une *affection scrophuleuse*.

18 décembre. Le moral de Legrand a subi un grand changement. Avant l'opération ce malade était triste, n'avait l'esprit occupé que de ses malheurs ; il regrettait vivement de ne s'être point marié, et accusait le célibat de toutes ses infortunes ; et lorsqu'on lui proposait l'opération, loin de voir en elle un remède à son affection, il demandait pourquoi on voulait le faire souffrir pour le peu de temps qu'il avait à vivre. Aujourd'hui il est d'une gaîté folle, parle, plaisante sur

son état de semi-castration , oublie tous ses chagrins , forme des projets pour l'avenir.

Il ne s'est fait aucun écoulement de sang par la plaie , le malade n'y ressent aucune douleur ; il a très-bien dormi , n'a pas de fièvre. La diète , à laquelle il est soumis depuis l'opération , doit être continuée.

Levée de l'appareil.

20 décembre. La plaie est trouvée en fort bon état , une légère suppuration humecte ses bords , le pansement est fait comme le premier jour ; il est bien recommandé à l'élève chargé de ce malade de comprimer légèrement le fond de la plaie en plaçant des rouleaux de charpie entre les cuisses et les bourses. D'ailleurs le malade est on ne peut mieux ; il n'a point de fièvre , va librement à la selle , urine facilement. Il a commencé hier à prendre du bouillon ; aujourd'hui il lui est accordé une soupe.

22 décembre. Le malade continue à aller très-bien ; la plaie est toujours dans le meilleur état ; il y a peu de suppuration ; tout annonce une réunion immédiate : le malade mange trois potages.

25 décembre. Plusieurs ligatures sont tombées ; le fond de la plaie semble réuni ; les bords seuls fournissent une légère suppuration : l'état de ce malade est toujours des plus satisfaisans ; il demande à manger ; le quart des alimens lui est accordé.

28 décembre. Les dernières ligatures sont tombées ; les bords de la plaie sont réunis dans le milieu , vers le lieu où existe le point de suture. Un léger suintement se fait en haut et en bas vers les angles.

3 janvier. Les bords de la plaie sont réunis dans presque toute son étendue , il ne reste plus qu'un point vers l'angle supérieur. Il se fait encore un léger suintement à l'endroit qui donnait passage aux ligatures. Le point de suture qui avait été mis le jour de l'opération est retiré.

8 janvier. Complète guérison ; elle a eu lieu sans que le malade éprouve d'hémorrhagie ni d'accidens nerveux , ce qui paraissait devoir être à craindre chez un homme aussi irritable.

Y aura-t-il récédive chez ce malade ? Il n'y a pas lieu de le croire. Le mal que cet homme portait au testicule était plutôt de nature scrophuleuse que de nature squirrheuse , et autant les affections de cette seconde nature sont sujettes à récidiver après l'opération , autant il est rare de voir les affections scrophuleuses se reproduire : tout porte à croire que le malade est guéri pour toujours.

FIN.

